FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

GEORGES FRIBOURG

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Chalons-sur-Marne, le 29 Juillet 1899

Travail du Service de M. le Docteur Louis RAMOND

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

TUMEURS MALIGNES

du Naso-Pharynx

Président : M. CH. ACHARD, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—

1928

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 F.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

GEORGES FRIBOURG

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Chalons-sur-Marne, le 29 Juillet 1899

Travail du Service de M. le Docteur Louis RAMOND

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

TUMEURS MALIGNES

du Naso-Pharynx

Président : M. CH. ACHARD, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—

1928

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU JEANNIN.
Clinique gynécologique	J. L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	BRANCA

II. — AGRÉGES EN EXERCICE

MM	
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Phys ologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.	VILLARET	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON CHER ONCLE

Max WERTHEIMER

A MES PARENTS

A MES ONCLES

Camille WERTHEIMER

Ernest FRIBOURG

A MA SŒUR ET MON BEAU-FRÈRE

Madame et Monsieur Louis JUSTESEN

MEIS ET AMICIS

A M. le Professeur ACHARD

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'hopital Beaujon

Qui a bien voulu nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A NOTRE TRÈS CHER MAITRE

M. le Docteur Louis RAMOND

Médecin de l'hopital Laënnec

Qui nous a toujours accueillis dans son service avec la plus grande bienveillance, qui nous a permis d'examiner la malade qui a fait l'objet de cette thèse.

En témoignage de reconnaissance pour toutes les bontés qu'il a eues pour nous et en signe de profonde et respectueuse affection.

A M. le Docteur Maurice HEITZ BOYER

Professeur agrégé

Chirurgien de l'hopital St-Louis

Qui a bien voulu guider le début de nos études médicales.

Avec l'expression de notre vive reconnaissance.

A M. le Docteur Jacques-Charles BLOCH

Chirurgien des hopitaux de Paris

En souvenir de son précieux enseignement et en témoignage de ma cordiale et respectueuse amitié.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1919-20 M. le Docteur Pierre DELBET, Professeur de clinique chirurgicale.

1920 - M. le Docteur Ernest de MASSARY, Médecin de l'hopital Beaujon

Externat

1920-21 M. le Professeur agrégé Pierre DESCOMPS.

1921-22 M. le Professeur agrégé Marcel GARNIER.

1922-23 M. le Docteur SOUQUES, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de la Salpêtrière.

1923-24 M. le Professeur agrégé PASTEUR VALLERY-RADOT.

1924 M. le Docteur FAROY, Médecin des hopitaux.

1924-25 M. le Professeur agrégé JOUSSET, Médecin de l'hopital Laënnec.

1925 M. le Docteur LESNÉ, Médecin de l'hopital Trousseau.

1926-27 M. le Docteur COUVELAIRE, Professeur de clinique obstétricale a la Maternité Baudelocque.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Docteur DENIKER, Chirurgien des hopitaux.

Docteur TROISIER, Médecin des hopitaux.

Docteur Charles RICHET fils, Professeur agrégé, Médecin des hopitaux.

Docteur PORTES, Accoucheur des Hopitaux.

A MM. les Docteurs :

Etienne MAY, Etienne BERNARD, de GENNES, MARQUEZY, Médecin des hopitaux.

BOPPE, Chirurgien des hopitaux.

RAMADIER, Oto-rhino-laryngologiste des hopitaux.

A M. le Docteur Pierre ACHARD

Ancien interne des hopitaux

(*In memoriam*).

Historique

Le cancer du naso-pharynx a été longtemps parmi les plus mal connus des cancers de l'homme.

Il tire en effet de sa situation profonde une symptomatologie particulière, et nécessite, pour être reconnu, une instrumentation que n'avaient pas à leur disposition les anciens auteurs.

En 1837, Durand Fardel en avait rapporté un cas qui est peut-être le premier qu'on retrouve dans la littérature médicale, et qui, en réalité, ne concernait qu'une tumeur secondairement propagée au cavum.

Il se présente en clinique sous des aspects extrêmement variables mais presque toujours ce n'est que très tard qu'il serait dépisté si pour en établir le diagnostic on ne s'en tenait qu'aux manifestations cliniques.

A la fin du siècle dernier on en avait signalé que quelques cas et ce n'est que dans les trente dernières années que des travaux importants lui ont été consacrés.

Parmi ceux-ci on doit surtout retenir ceux de Laval qui, en 1903, a présenté une statistique portant sur 45 sarcomes et 27 épithéliomas.

Le premier, il a montré que le mode de début n'est pas univoque et il a insisté sur trois modes de début :

Ganglionnaire,
Auriculaire,
Respiratoire.

Depuis lors, avec l'école lyonnaise, on a surtout cherché à localiser le siège de la tumeur qu'on avait cru d'abord être toujours semblable.

En 1924, Reverchon et Worms ont insisté sur l'évolution et le traitement des sarcomes péritubaires.

A l'étranger, en Allemagne, avec Nulfarth, Schreibe, Albrecht, on s'est occupé, à l'origine, plus spécialement des tumeurs leucémiques sarcomateuses ou des néoformations bénignes.

En Angleterre, Lair, Trotter, s'intéressent aux tumeurs à symptomatologie nerveuse.

En Italie, il faut signaler Arslan, d'abord, dans les *Archives italiennes d'otologie*, puis Ferreri qui, au Congrès International de Médecine de Londres, en 1913, a présenté un rapport sur « le traitement et pronostic des tumeurs malignes des fosses nasales et du naso-pharynx. »

Enfin, plus récemment, l'étude des formations malignes du naso-pharynx est revenue au premier plan et d'importantes publications ont eu lieu, la

thèse de Baranger (1), la Revue générale de Mounier Kuhn (2), le traité de Portmann et Retrouvey (3), où nous avons trouvé des observations cliniques anatomiques et histologiques, qui expliquent à la fois les difficultés du diagnostic et du traitement des cancers du cavum.

(1) Baranger. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du naso-pharynx. Th. de Paris 1926.

(2) Mounier-Kuhn. — (Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon). Revue générale. Formes cliniques des tumeurs malignes du naso-pharynx. *Gazette des Hôpitaux du 2 Avril 1927.*

(3) Portmann et Retrouvey — Cancer du nez, fosse nasales, des cavités accessoires et du naso-pharynx. In Bibliothèque du cancer.

Avant-propos

Il existe actuellement beaucoup d'observations de tumeurs malignes du naso-pharynx.

Depuis ces dernières années même, on en a rapporté un grand nombre et on s'est attaché à les comparer, à les classer d'après leurs caractères cliniques ou histologiques. On a cherché enfin si des méthodes thérapeutiques palliatives ou curatives pouvaient être retenues, et on a successivement proposé et discuté les traitements chirurgicaux, radiologiques, diathermiques.

Parmi tant de travaux si remarquables, nous avons cherché des cas comparables à celui qui fait l'objet de notre observation n° 1, dont l'intérêt réside presque tout entier dans ce fait que le diagnostic a été soupçonné fort longtemps en clinique avant d'être enfin reconnu in extremis à la rhinoscopie postérieure.

Nous n'en avons pas trouvé.

Le hasard d'une conversation avec notre Maître le Docteur Ramadier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, nous a permis de recevoir, grâce à lui, du Docteur Chaussé, une autre observation qui por-

le le n° 2, pour laquelle nous les prions l'un et l'autre, d'agréer l'expression de notre très vive reconnaissance.

Cette seconde observation qui ne nous est pas personnelle se rapproche de la nôtre, parce qu'elle porte, elle aussi, sur un temps très long et qu'elle présente dans ses premiers signes une adénopathie caractéristique.

Elle s'en distingue par ce fait qu'à l'examen local on a très tôt trouvé le néoplasme.

Résumé anatomique

On admet généralement que :

Le cavum est une cavité cubique rétro-nasale qui présente des parois :

Antérieure,
supérieure,
inférieure,
latéraies.

Paroi antérieure :

Représentée par un plan virtuel puisqu'à ce niveau le naso-pharynx répond aux choanes.

Paroi postérieure :

Fibres du faisceau du constricteur supérieur unies par un raphé médian et entourées par l'aponévrose pharyngienne externe.

Paroi supérieure :

Voûte surbaissée, ogivale qui présente deux éléments : l'un osseux, l'autre muqueux.

Le plan osseux est représenté par :

1° Le corps du sphénoïde en avant ;
2° L'apophyse basilaire de l'occipital en arrière ;
3° L'extrémité interne du rocher latéralement.

Le plan muqueux présente :

a) *L'amygdale pharyngienne,*

qui régresse chez l'adolescent, peut subsister chez l'adulte et présente alors l'aspect lisse ou une forme végétante.

b) *La bourse pharyngienne de Luschka,*

située en arrière et en-dessous de l'amygdale pharyngienne.

Paroi inférieure :

C'est le voile du palais fermé lors des mouvements de déglutition ; ordinairement pendant, il laisse communiquer le cavum avec l'oropharynx.

Parois latérales :

D'avant en arrière :

a) *L'aile interne ptérygoïde* recouverte de muqueuse.

b) *L'orifice tubaire,*

triangulaire à sommet postéro-supérieur.

La base est représentée par le releveur du voile.

La face antérieure saillante est constituée par le repli salpingo-staphylin.

Le sommet postéro-supérieur est saillant. Repli salpingo-pharyngien et tubercule de la trompe.

c) Plus en arrière :

Saillie du pavillon tubaire avec la fossette de Rosenmüller, plus développé chez l'adulte.

Au point de vue clinique, on comprend qu'une tumeur ayant pour localisation le naso-pharynx puisse donc :

1° Etre longtemps latente ;

2° Donner des signes banaux de catarrhe muco-purulent naso-pharyngé.

3° Comprimer certaines racines craniennes à leur émergence de la base du crâne et réaliser, suivant les cas, des syndromes variables.

Dans le cas particulier de l'observation n° 1, nous verrons que le syndrome de Collet-Sicard était depuis longtemps constitué, alors que les moyens d'exploration ordinaires du cavum n'avaient rien montré d'anormal.

Syndrome de Collet-Sicard

(d'après Portmann et Retrouvey)

Le grand hypoglosse sort du crâne par le trou condylien. Il apparaît à la paroi postérieure et interne de l'espace sous-parotidien pour obliquer en bas et en dehors. Le nerf s'applique à la face postérieure du ganglion plexiforme et atteint son bord externe. Au-dessous du ganglion, il se dirige en avant et en bas.

Toute cause de compression capable d'atteindre les trois nerfs qui sortent du crâne au niveau du trou déchiré, puis immédiatement au-dessous de la base au niveau du ganglion plexiforme par exemple, peu retentir également sur la 12e paire.

La paralysie du grand hypoglosse ne détermine pas de troubles plus ou moins appréciables. Objectivement, la moitié atteinte de la langue est atrophiée, moins épaisse que de l'autre côté. Dans la propulsion en avant, la pointe est déviée du côté malade. Tous les mouvements sont possibles, sauf celui de mettre la langue en gouttière.

Le syndrome de Collet-Sicard n'a pas été fré-

quemment constaté à l'état de pureté. Dans une observation récente de Gaillard, le grand hypoglosse était paralysé, mais les glossopharyngien, pneumogastrique spinal étaient indemnes.

La compression devait se faire en un point plus éloigné de la sortie du nerf.

Un malade de Dilfosse présentait ce syndrome de Collet et l'examen du cavum montrait une tumeur dure, saignante au toucher, ulcérée dans la suite. Mais l'examen histologique deux fois répété fut négatif, comme le Wassermann et le Hecht d'épreuve.

Le diagnostic de certitude resta donc hésitant dans ce cas, bien que cliniquement l'hypothèse d'épithélioma ait été plus vraisemblable. Une observation d'Aboulker présentait ce syndrome à l'état de pureté.

Etude clinique

Parmi les importants travaux de ces dernières années sur les tumeurs malignes du naso-pharynx, nous en avons trouvé beaucoup qui se rapportaient à celles qui, très longtemps, ne se manifestaient que par des manifestations ganglionnaires ;

Pour M. Kuhn, elles sont plus l'apanage de l'homme autour de la cinquantaine, qui voit apparaître une tumeur unilatérale en un point de la chaîne jugulaire.

Tuméfaction, qui va augmenter de volume, *ne présentant d'autres symptômes* que ceux résultant de son accroissement.

« Un examen rapide ayant assuré qu'il ne s'agit ni de la langue, ni du plancher de la bouche, ni du larynx, une biopsie pourra être faite qui montrera la nature cancéreuse de cette tumeur ganglionnaire. Cette adénopathie est d'importance considérable.

Elle témoigne de la gravité de l'affection, puisqu'elle traduit l'essaimage des cellules cancéreuses. Pourtant, l'évolution est longue : Quatre ou cinq ans dans une observation américaine de New-York ·

cinq ans avant la constitution d'une paralysie récurrentielle, dans un cas de Verneuil et Flour ».

Portmann et Retrouvey (Bibliothèque du cancer, tumeurs du nez et du naso-pharynx), dans 32 cas de tumeur maligne du naso-pharynx, ont recueilli 6 observations à début ganglionnaire. Ils expliquent ainsi l'atteinte des ganglions (p. 846) :

« L'envahissement du système lymphatique par le processus néoplasique peut être précoce ou tardif. Précoce, il peut, comme nous l'avons vu, faire partie comme forme de début du tableau clinique de la période initiale. Tardif, il est constant.

L'adénopathie portera d'abord sur les ganglions tributaires de la région, ganglions rétropharyngiens carotidiens, ganglions de Kraux, puis elle s'étendra aux ganglions claviculaires, axillaires, thoraciques. Elle est unie ou bilatérale.

Tantôt plus marquée du c té de la tumeur, ce qui est la règle, tantôt, comme nous l'avons observé plusieurs fois, elle prédomine du côté inverse. Son volume est variable.

Constituée parfois par quelques petits ganglions durs du volume d'une cerise ou d'une noix, elle atteint dans d'autres cas une dimension beaucoup plus considérable, celle du poing, et semble faire corps avec la tumeur.

Elle peut alors, par compression, occasionner des phénomènes paralytiques du côté des 5 dernières paires craniennes. Ces phénomènes de compression résultent parfois de l'extension de la tumeur

vers la région latéropharyngienne, mais comme le plus souvent cette compression est due à l'adénopathie secondaire, nous avons cru plus logique d'en faire la description à propos de l'envahissement lymphatique.

Observations

OBSERVATION I

Nom de l'établissement : Laënnec.

Service de M. le Docteur Louis Ramond.

La nommée Le F..., née le 7 mars 1865 ; profession : cuisinière.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Entrée le 18 février 1927, envoyée pour affaiblissement général dû à une rhinopharyngite qui l'empêche de s'alimenter.

A son entrée, elle présente une céphalée très vive.

Caractères de la céphalée :

Début en octobre 1926.

Au début elle était intermittente, peu accentuée, puis son intensité est allée en augmentant.

Généralisée, elle était plus marquée dans la région occipitale gauche, plus vive la nuit que le jour. Elle était alors calmée par des cachets d'aspirine et n'était pas incompatible avec l'exercice de la profession de la malade.

Fin décembre, la malade consulte un médecin qui fait poser une sangsue derrière l'oreille. Depuis lors, la céphalée est devenue persistante, tenace, généralisée, sans que rien ne puisse la calmer.

Hypoacousie.

Au début de janvier 1927, elle remarque qu'elle entend moins bien. Et cette surdité va aller en s'accentuant petit à petit.

Un matin au réveil, à la même époque, elle constate une gêne légère de la déglutition.

Elle consulte à Laënnec, mais son état ne s'améliore pas. Toute tentative d'ingestion d'aliments solides est suivie d'une quinte de toux avec rejet des aliments.

Elle a continué à travailler, bien que ses forces allâssent en déclinant, mais le 13 février 1927, elle est obligée de garder le lit, *son état général* s'étant fortement altéré.

A son entrée à l'hôpital on constate un amaigrissement rapide et progressif (expliqué en partie par la difficulté de l'alimentation).

La malade n'avale plus rien de solide et se nourrit de liquide et de pain trempé.

L'expectoration est fréquente, abondante, non fétide et faite de muco pus.

Examen.

Facies pâle, pommettes saillantes. Peau sèche et écailleuse.

Adénopathie.

A la palpation on trouve à l'angle du maxillaire inférieur, à gauche, un ganglion ou plutôt une masse ganglionnaire dure, immobile, légèrement douloureuse à la palpation, fixe, superficielle, mais n'adhérant pas à la peau.

Pas de ganglion palpable à droite, ni dans le creux sus-claviculaire.

Légère circulation veineuse superficielle sous-claviculaire droite s'étendant à la partie supérieure du bras.

Pas d'œdème.

L'existence de ce ganglion a dès l'abord retenu l'attention et on a pensé à la possibilité d'une néformation maligne dans le territoire correspondant.

Il n'y a à ce point de vue aucune localisation linguale, pharyngée, amygdalienne.

L'examen rhinologique, à cette époque, n'a donné que des éléments d'ordre négatif.

On n'a trouvé aucune trace de néoplasme, et on a constaté seulement la présence de croûtes et mucus qui a fait penser, étant donnés les caractères et la fétidité de l'expectoration, à du mucopus.

Plus tard, en avril 1927, les signes sont devenus beaucoup plus nets.

Rhinite atrophique. Induration de la cloison à convexité dans la fosse nasale gauche ; le cornet moyen est gros et ferme la fente olfactive.

Le cornet inférieur est atrophié et il n'en reste qu'un bourrelet antérieur.

Cette atrophie permet de voir le cavum encombré de mucopus.

A droite : image à peu près semblable, gros cornet moyen. Atrophie du cornet inférieur, mais moindre qu'à gauche.

La paroi postérieure semble irrégulière et on voit des bourgeons qui saignent au contact des instruments.

En dehors de l'amaigrissement qui s'est accentué, les signes locaux sont précis et le diagnostic est devenu évident :

La phonation, la déglutition sont difficiles. La malade ne parle qu'à voix basse et ne se fait comprendre qu'après de grands efforts. L'ingestion de liquide est seule possible. La surdité persiste.

Si on demande à la malade de tirer la langue, on constate qu'il existe :

Une hémiatrophie de la langue à gauche ;

Une paralysie du réflexe pharyngé ;

Une paralysie de la corde vocale.

On note en outre :

Une paralysie du trapèze gauche.

L'état général est dès lors profondément atteint, le facies est pâle, anguleux, les pommettes sont saillantes, les yeux excavés.

Les mains sont amaigries, le ventre est flasque, la peau de l'abdomen est ridée.

Par contre on ne trouve aucune lésion organique nouvelle.
Le foie, la rate, les poumons sont normaux.
Les réflexes tendineux ne sont pas modifiés.
Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.
Le pouls est régulier et un peu faible.
La tension artérielle est à 9-12 au Vaquez.
Fait capital.

Un nouvel examen à cette période ne montre toujours pas de néoformation maligne.

Le diagnostic n'est pas contrôlable par les procédés rhinologiques ordinaires et seuls les caractères cliniques de l'évolution permettent le diagnostic de l'affection.

Enfin, dans les tout derniers jours de la maladie, le 30 avril, un nouvel examen est demandé au spécialiste qui cette fois découvre au fond du cavum, en dehors et à droite, une petite saillie légèrement bourgeonnante, irrégulière, saignant au moindre contact et présentant tout l'aspect des affections malignes du cavum (1).

L'état général de la malade ayant nécessité la fin rapide de l'examen, on remit à plus tard le prélèvement par biopsie de la tumeur, prélèvement qui ne put avoir lieu puisque, dès son retour dans le service, la malade présenta des signes de broncho-pneumonie dont elle mourut le 4 mai.

Des raisons indépendantes de notre volonté, nous mirent dans l'impossibilité de procéder à un examen post-mortem de la tumeur. On peut, néanmoins, étant donnée la lente évolution et les symptômes de la maladie, présumer qu'il s'agit probablement d'un épithélioma à type atrophique.

Diagnostic positif

En présence d'une malade dont l'état général est profondément atteint, qui porte une adénopathie unilatérale de type

(1) Cet examen a été faite par le Docteur Aubry que nous remercions de son obligeance.

cancéreux, avec des signes de paralysie des dernières paires craniennes, on est amené à penser immédiatement qu'il s'agit d'une néoformation maligne siégeant au niveau du cavum. Pourtant l'absence de tumeur à l'examen rhinologique faisait subsister quelques doutes et discuter le diagnostic.

Diagnostic différentiel : Les caractères de l'adénopathie, indiscutablement d'origine cancéreuse (adénopathie unilatérale, dure, mobile, irrégulière, fixe) devait faire rechercher dans le territoire lymphatique correspondant le siège de la tumeur. La langue est atrophiée en rapport avec la paralysie due au grand hypoglosse, mais ne présente à sa surface rien d'anormal : ni leucoplasie, ni irrégularité ne se trouve au niveau de la langue. Le plancher de la bouche et l'amygdale sont aussi indemnes. On est donc ramené à suspecter l'existence d'une lésion au niveau du naso-pharynx.

On pouvait éliminer rapidement les végétations adénoïdes, les polypes fibro-muqueux. Restait à discuter l'hypothèse de tumeur mixte, fibrome du naso-pharynx, tumeur leucémique, gomme syphilitique.

Tumeur mixte : La tumeur mixte n'aurait pas donné semblable adénopathie et aurait été visible à la rhinoscopie.

Fibrome naso-pharynx : On pouvait éliminer pour les mêmes motifs les fibromes du naso-pharynx.

Tumeur leucémique : La tumeur leucémique ne pouvait pas elle non plus soutenir quelque temps la discussion. En effet, l'examen du sang était parfaitement normal. L'évolution, l'absence d'autres manifestations leucémiques plaidaient contre cette hypothèse.

Gomme syphilitique : On pouvait plus longtemps envisager la possibilité d'une gomme syphylitique du naso-pharynx. En effet, la malade avait un Wassermann positif dans le sang et elle avait été traitée quelques mois par du Quinby, mais justement l'évolution progressive de l'affection, malgré le traitement intensif, l'absence de stigmates cutanés, de trou-

bles réflexes des manifestations récentes de l'infection tréponémique, laissaient peu de chance au diagnostic de gomme syphilitique du naso-pharynx.

Nous avons vu d'ailleurs que la tumeur maligne saignante, irrégulière et bourgeonnante, avait été reconnue dans les tout derniers jours de la vie de la malade et que ces caractères permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une tumeur maligne et non pas d'une affection syphilitique.

Diagnostic étiologique : Les auteurs ont insisté sur certaines lésions intérieures du nez ou du cavum susceptibles de faciliter ultérieurement le développement d'une tumeur maligne, telle que celle dont nous avons rapporté l'observation et la plupart mettent en cause l'inflammation du rhino-pharynx se manifestant par un coryza prolongé.

D'autres incriminent les antécédents syphilitiques des malades.

1°) On a vu que la femme dont nous avons suivi la maladie avait longtemps souffert d'un coryza avec élimination à peu près permanent, de muco-pus.

Ce fait s'étant produit peu de temps relativement avant l'apparition d'autres phénomènes cliniques (adénopathie, paralysie et atrophie de la langue), il est vraisemblable de supposer que le coryza doit être considéré comme une des premières manifestations de la tumeur déjà existante et non pas comme un élément prédisposant à l'apparition de cette tumeur.

2°) L'étiologie syphilitique paraît avoir plus de valeur. Il s'agit d'une malade qui n'a pas présenté de grandes manifestations cliniques syphilitiques, mais on est pourtant autorisé à supposer qu'il a pu se produire, du fait de cette affection, une irritation chronique au niveau de la muqueuse du naso-pharynx assez comparable à celle qui est quelquefois à l'origine des cancers de la langue.

L'absence de nécropsie ne nous a évidemment pas permis de rechercher si la muqueuse était altérée, mais d'après les

remarques des auteurs et ce que nous avons pu trouver à ce propos dans la thèse de Baranger ou dans le Traité de Portmann et Retrouvey, nous pensons que l'étiologie syphilitique doit être retenue chez la malade qui fait l'objet de l'observation ci-dessus.

Traitement : Le traitement qui est préconisé pour les tumeurs du naso-pharynx est multiple :

Chirurgical.

Traitement par les agents physiques.

Traitement palliatif.

Traitement chirurgical : La localisation ganglionnaire, l'existence de paralysie, empêchaient naturellement toute intervention chirurgicale. Ajoutons que même si nous avions eu à voir la malade dès le début, nous aurions longtemps hésité à lui conseiller l'ablation de la tumeur, étant donné les risques d'infection et le choc opératoire qui sont souvent la conséquence d'une pareille intervention.

Traitement par les agents physiques : Le traitement par les agents physiques est actuellement encore à l'étude. La diathermie, les rayons X, d'autres modes thérapeutiques ont été préconisés. Ils paraissent avoir donné des résultats, mais actuellement il est difficile de conclure étant donné le peu d'observations qu'on trouve relatives à ces traitements.

Traitement palliatif : En l'absence d'autres ressources, nous avons dû nous borner à faire un traitement palliatif désinfection, des cavités naturelles du nez et de la bouche, alimentation liquide, piqûres de morphine, tamponnement pour lutter contre les petites hémorragies de la période terminale.

OBSERVATION II

Homme, 55 ans.

En janvier 26, à l'occasion d'une rhinoscopie postérieure, nécessitée par un catarrhe tubo-tympanique gauche, survenu à la suite d'un léger coryza datant de quelques mois, on aperçoit à la voûte du cavum : une néoformation étoilée, à surface lisse, blanc-rosée, et descendant sur les parois latérales de l'arrière-nez. Le bord postérieur de la lésion (le plus net) paraît surélevé de 2 à 3 millimètres et a l'aspect corné d'un épithélioma. Le bord gauche descend assez bas et envahit la moitié supérieure du pavillon tubaire. Le bord droit passe au-dessus de la trompe. Quant au bord antérieur invisible, il cache le triangle du vomer.

La rhinoscopie antérieure ne montre rien.

De chaque côté, dans les régions sous-angulo-maxillaires, on perçoit 2 ou 3 filets ganglionnaires de la grosseur d'un pois roulant sur le doigt.

A la fin de l'année 1926, la lésion s'est un peu étendue à gauche et plus à droite, où elle atteint le pavillon. Le malade se plaint d'ailleurs que l'acuité auditive diminue.

En janvier 27, adénopathie droite, sous-angulo maxillaire rouge, douloureuse, de la grosseur d'un œuf, soignée par des vaccins et qui se résorbe en 3 semaines sans suppuration. Durant cet épisode, le malade s'est plaint de violentes douleurs, irradiant dans l'oreille, la gorge et la moitié de la tête.

Dans le cours de 1927, le malade, à plusieurs reprises, a mouché une sérosité rosée.

Actuellement : on constate de chaque côté la présence de quelques ganglions durs, mobiles, du volume d'une petite noisette.

A la rhinoscopie postérieure. Les limites latérales de la lésion se sont assez étendues, elles englobent la totalité des trompes qu'on ne reconnaît plus. La choane gauche est re-

couverte dans les 4/5e, la choane droite dans plus de sa moitié. La partie médiane de la tumeur s'est creusée d'une excavation dont on ne peut explorer le fond.

Les signes fonctionnels se réduisent toujours à une forte hypoacousie bilatérale, au coryza et à quelques rares névralgies qui n'empêchent pas le malade de vaquer à ses occupations (1).

---

(1) Cette observation a été communiquée par le Docteur Chaussé et le Docteur Ramadier, Oto Rhino Larynologiste des Hôpitaux, que nous prions l'un et l'autre d'agréer ici l'expression renouvelée de nos très vifs remerciements.

Conclusions

1° Les tumeurs malignes du naso-pharynx évoluent longtemps localement et sans altérer l'état général.

2° Leur durée peut être de plusieurs années, sans que surviennent des complications graves, alors même qu'on n'a tenté aucun traitement.

3° Leur diagnostic est toujours difficile. L'absence de signes certains de tumeurs malignes, lors d'examens rhinologiques répétés, ne doit pas faire éliminer la possibilité d'un cancer du naso-pharynx.

4° Les cancers du naso-pharynx se terminent par la mort, alors même qu'ils restent peu volumineux et localisés à leur siège initial et au territoire ganglionnaire correspondant.

Vu, le Doyen, ROGER.

Vu, le Président, ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette